|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jednostka zlecająca:**  Nazwa:  Adres: | | | | **Skierowanie do:**  **Zakład Diagnostyki Patomorfologicznej**  **31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 16** | | |
| **DANE PACJENTA – (wypełnia lekarz zlecający)** | | | | | | |
| Priorytet: □ rutynowy □ CITO □ DILO | | | | | | |
| Materiał pobierany w trakcie tej samej hospitalizacji co zlecenie: □ TAK □ NIE | | | | | | |
| **Wybór płatnika i trybu rozliczania:**  **NFZ** □ leczenie szpitalne Nr 129/2019/DSOZ □ świadczenie odrębnie kontraktowane □ ambulatoryjna opieka specjalistyczna  (rozlicza klinika) (SOK rozlicza laboratorium) ( AOS rozlicza ambulatorium)  **Inny**  □ usługa komercyjna □ badanie kliniczne □ inne | | | | | | |
| **DANE PACJENTA – (wypełnia lekarz kierujący)** | | | | | | |
| Imię i nazwisko pacjenta: | | | | | | |
| **PESEL\*** | | Płeć □ K□ M | | | | ID Oddz. Woj. NFZ |
| Rozpoznanie | | | | | | ICD 10 (pięć znaków) |
| □ Guz pierwotny □ przerzut/wznowa □ przed leczeniem □ w trakcie leczenia | | | | | | |
| Wskazanie do badania: | | | | | | |
| **ZLECONE BADANIA – (wypełnia lekarz kierujący)** | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | □ ocena amplifikacji genu *HER2* metodą FISH | □ ocena rearanżacji genów *IRF4-DUSP22* metodą FISH | | □ ocena rearanżacji genu *ALK* metodą FISH | □ ocena statusu genów *RREB1/MYB/CCP6/CCND1* metodą FISH | | □ ocena rearanżacji genu *ROS1* metodą FISH | □ badanie mutacji genu *EGFR* | | □ ocena rearanżacji genu *MYC* metodą FISH | □ badanie mutacji genów *KRAS/NRAS* | | □ ocena rearanżacji genu *BCL2* metodą FISH | □ badanie mutacji genów *KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA/AKT1* | | □ ocena rearanżacji genu *BCL6* metodą FISH |  | | | | | | | |
| **MATERIAŁ BADANY – (wypełnia lekarz kierujący)** | | | | | | |
| Rodzaj materiału: □ Bloczek parafinowynumer bloczka/preparat:  □ inny materiał | | | | | | |
| Czy uzyskano zgodę pacjenta na:  wykonanie badania genetycznego i przetwarzanie danych osobowych? transmisję wyników badań drogą elektroniczną?  □ TAK □ NIE □ TAK □ NIE | | | | | | |
| Oznaczenie i podpis lekarza | | | Data | | | Godzina |
| **KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA – (wypełnia lekarz patolog)** | | | | | | |
| **□** bloczek parafinowy numer bloczka:  □ inny materiał numer badania:  Utkanie nowotworowe: ……………… % uwagi: | | | | | | |
| Oznaczenie i podpis lekarza patologa\* | | | Data | | | Godzina |
| **PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO ZAKŁADU PATOMORFOLOGII** | | | | | | |
| Osoba przyjmująca materiał: | | | | | | |
| Data | Godzina | | | | Nr badania | |
| Uwagi: | | | | | | |